

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**



**RELACIÓN ENTRE LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN MADRES CON EMBARAZO NORMAL Y EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES CUMPLIDOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014.**

**Tesis previa a la obtención del título de médico.**

**AUTORES:**

LEONARDO VICENTE VILLA CUZCO  
VICTOR MANUEL ZHIMINAY VEGA

**DIRECTOR:**

DR. BERNARDO JOSE VEGA CRESPO

**ASESORA:**

DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

**CUENCA – ECUADOR**

**2015**



## RESUMEN

**Antecedentes:** El Fondo de las Naciones Unidas para la niñez UNICEF en su reporte estadístico del 2012, informa que la cobertura de controles prenatales en las madres embarazadas en nuestro país alcanza un 57.5%, y que la tasa de muerte neonatal es del 10% (1). Si tomamos los datos de un país en el cual el control prenatal alcanza al 100% de la población embarazada como Canadá y en el mismo la muerte neonatal es del 4%, es necesario plantearse que con el número de controles prenatales que manejamos en nuestro país se esperaría un porcentaje menor de muerte neonatal. (2)

**Objetivo:** Identificar la relación entre la morbilidad neonatal en madres con embarazo normal con el número de controles prenatales cumplidos. En el Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, tomando como universo a las historias clínicas de las madres cuyos neonatos fueron ingresados en el hospital Vicente Corral Moscoso durante el primer trimestre de 2014. Para la recolección de datos se utilizó un formulario (anexo 1) preparado con las variables a analizar, y se procesó la información con el programa Microsoft Excel 2010.

**Resultados:** En el primer trimestre de 2014 ingresaron al hospital Vicente Corral Moscoso 151 neonatos, productos de embarazos normales, de estos fallecieron tres. En los neonatos que fallecieron, las madres tuvieron un número de controles mínimo eficiente en el 100% de los casos. En los recién nacidos que fueron dados de alta en mejores condiciones las madres se realizaron un número de controles mínimo eficiente en el 50% de los mismos.

**Conclusiones:** Las madres de los neonatos hospitalizados, sí tuvieron un número de controles mínimo eficiente en la mitad de los casos, y de los bebés que fallecieron los controles mínimo eficiente fue en todos los casos.

**PALABRAS CLAVES:** EMBARAZO, FACTORES DE RIESGO, CONTROL PRENATAL, MORTALIDAD NEONATAL, PATOLOGÍAS NEONATALES, HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.



## ABSTRACT

**Background:** The United Nations fund for the children UNICEF in its statistical report of 2012, reports that the coverage of antenatal checks in pregnant mothers in our country has reached a 57.5 %, and that the cuppa of neonatal death is 10% (1). If we take the data from a country in which antenatal checks reaches 100% of the population pregnant as Canada (19) and in the same the neonatal death is 4 %, it is necessary to consider that with the number of antenatal checks that we use in our country we would expect a lower percentage of neonatal death.

**Objective:** To identify the relationship between neonatal morbidity in mothers with normal pregnancy with the number of antenatal checks completed. In the Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014.

**Materials and methods:** This is a descriptive study was conducted by taking as a universe to the medical histories of mothers whose infants were admitted to the hospital Vicente Corral Moscoso during the first quarter of 2014. A form (annex 1) was used to collect data prepared with the variables to be analyzed, and processed with the program Microsoft Excel 2010.

**Results:** In the first quarter of 2014 entered the hospital Vicente Corral Moscoso 151 infants, products of normal pregnancies, of these three died. In infants who died, mother had a minimum number of controls efficient in 100% of cases. In the newborn babies who were discharged in best conditions mothers were an efficient minimum number of checks in 50% of them.

**Conclusions:** The mothers of hospitalized neonates, yes had a minimum number of controls efficient in half of the cases, and babies who died had controls minimum efficient in all cases.

**KEY WORDS:** PREGNANCY, RISK FACTORS, PRENATAL, NEONATAL MORTALITY, NEONATAL PATHOLOGIES, HOSPITAL VICENTE CORRAL

**I N D I C E****PAGINA**

<b>RESUMEN.....</b>	<b>II</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>2</b>
1.1.- INTRODUCCIÓN.....	2
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.3.- JUSTIFICACIÓN.....	4
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>5</b>
2.- OBJETIVOS.....	5
2.1.- OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>6</b>
3.- FUNDAMENTO TEÓRICO.....	6
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>17</b>
4.- DISEÑO METODOLÓGICO.....	17
4.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	17
4.2.- AREA DE ESTUDIO.....	17
4.3.- UNIVERSO.....	17
4.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	17
4.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	18
4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	18
4.7 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.....	18
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>19</b>
5.- RESULTADOS.....	19
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>29</b>
6.- DISCUSIÓN.....	29
<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>29</b>
7.- CONCLUSIONES.....	31
<b>CAPITULO VIII.....</b>	<b>32</b>
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
<b>CAPITULO IX.....</b>	<b>34</b>
9.-ANEXOS.....	34



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

---

*Leonardo Vicente Villa Cuzco*, autor/a de la tesis **“RELACIÓN ENTRE LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN MADRES CON EMBARAZO NORMAL Y EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES CUMPLIDOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 26 de Junio 2015



---

*Leonardo Vicente Villa Cuzco*

C.I: 0104560677

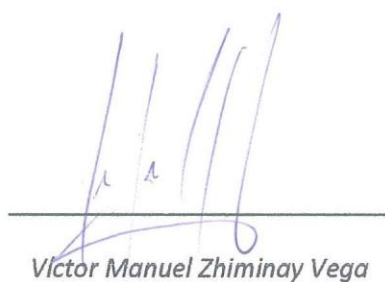


Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

---

*Víctor Manuel Zhiminay Vega*, autor/a de la tesis **"RELACIÓN ENTRE LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN MADRES CON EMBARAZO NORMAL Y EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES CUMPLIDOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014."**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 26 de Junio 2015



*Víctor Manuel Zhiminay Vega*

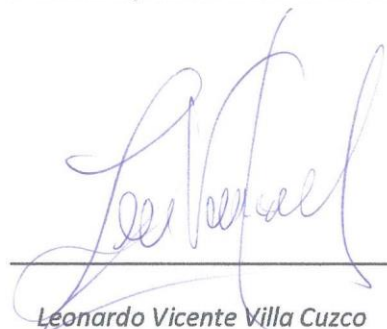
C.I: 0704435502



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

Leonardo Vicente Villa Cuzco, autor/a de la tesis **"RELACIÓN ENTRE LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN MADRES CON EMBARAZO NORMAL Y EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES CUMPLIDOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014."**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 26 de Junio 2015



Leonardo Vicente Villa Cuzco

C.I: 0104560677



*Víctor Manuel Zhiminay Vega* , autor/a de la tesis **"RELACIÓN ENTRE LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN MADRES CON EMBARAZO NORMAL Y EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES CUMPLIDOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014."**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 26 de Junio 2015



*Víctor Manuel Zhiminay Vega*

C.I: 0704435502



## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, el porcentaje de morbilidad y mortalidad neonatal es una realidad que no debe ser aceptada actualmente, teniendo en cuenta que existen programas del Ministerio de Salud enfocados al control prenatal así como las disposiciones para reducir morbilidad, por ejemplo: el plan nacional de desarrollo en relación al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos donde se propone reducir la mortalidad neonatal en un 35% mediante el incremento en la cobertura a madres relacionado con el cuidado obstétrico neonatal esencial y al cuidado posparto (3).

El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF, mediante los datos recolectados desde el año 2008 hasta el 2012 nos demuestra la realidad en cifras del control prenatal en nuestro país, según su reporte, el número de madres embarazadas que acuden a al menos 4 controles prenatales, alcanza el 57.5%, mientras que aquellas que acuden por una sola ocasión durante la época gestacional es de 84.2%, de igual manera presenta que la tasa de mortalidad neonatal en el año 2012 fue de un 10%, y aquellos neonatos que presentaron un bajo peso al nacer fueron un 8% (1).

Si bien se han realizado trabajos que describen las causas de las patologías en nuestra provincia como por ejemplo el estudio de causalidad de patología materna y neonatal en el cantón Nabón (5), nuestro estudio se enfoca en la valoración de la efectividad del control prenatal al relacionar el número de controles con la presencia de morbilidad neonatal en un universo más amplio.

El hospital Vicente Corral Moscoso es una entidad hospitalaria que en base a las normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud y en Coordinación con la red de Establecimientos de Salud, brinda servicio integral de segundo nivel de acuerdo con los principios estipulados en la Constitución, con talento humano especializado y comprometido, tecnología de vanguardia y el impulso permanente



a la investigación y el mejoramiento continuo de los productos y servicios, para satisfacer las demandas del usuario (6)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos de UNICEF, en nuestro país la cobertura de controles prenatales mínimos eficientes se da en el 57.5% de las madres embarazadas, y la tasa de muerte neonatal es del 10%. En un país en el cual el control prenatal alcanza al 100% de la población embarazada como lo es Canadá (2) la tasa de muerte neonatal es del 4%.

Con el número de controles prenatales que manejamos en nuestro país el porcentaje de muerte neonatal debe ser menor, pues con un 40% aproximado más de cobertura obtienen una prevención en muerte neonatal mayor en un 60%.

La salud materna y neonatal de la población es para el gobierno del Ecuador un bien social prioritario y se incluye en la agenda de todos los sectores relacionados a la salud. La muerte neonatal y su morbilidad es un indicador de la injusticia social así como de la pobreza sufrida por la futura madre.

Actualmente el estado a través de los subcentros de salud busca que las madres en estado gestacional obtengan el número de controles prenatales adecuado mediante la facilidad de acceso y la exigencia al personal de salud, y con esto asegurar el correcto desarrollo del embarazo y eliminar posibles patologías en el neonato.

La interrogante que se genera es: Si los datos estadísticos nos revelan que la cobertura en controles prenatales está en aumento, ¿las patologías neonatales están afectando en igual manera a este creciente grupo de futuras madres?



## **J U S T I F I C A C I O N .**

La salud materna y neonatal es una de las prioridades para todo sistema de salud, y en particular del nuestro, demostrándolo así los esfuerzos del Ministerio de Salud de nuestro país para asegurar un número adecuado de controles prenatales con la certeza de que esto reducirá la morbilidad y mortalidad neonatal. Es por este motivo, que encontramos necesario para verificar si están cumpliendo con su objetivo, hacer el seguimiento a los resultados de los controles prenatales, a través de la valoración de morbilidad y mortalidad en los neonatos.

Los resultados nos permiten plantear la interrogante sobre la efectividad de los controles, y con esto no solo buscar el cumplimiento del número adecuado sino también que sirvan de guía para que las madres conozcan sobre la importancia de estos y las complicaciones que se pudieran presentar en un embarazo de bajo riesgo.

## CAPITULO II

### O B J E T I V O S

#### OBJETIVO GENERAL

- Identificar la relación entre la morbilidad neonatal en madres con embarazo normal con el número de controles prenatales cumplidos.  
Hospital Vicente Corral Moscoso, Enero Marzo 2014

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar al grupo de madres en estudio de acuerdo a edad, estado civil y lugar de residencia.
2. Establecer la frecuencia de madres con embarazo normal cuyos neonatos presentaron morbilidad.
3. Determinar la frecuencia de madres con embarazo normal en que los neonatos fallecieron.
4. Identificar la patología más frecuente en los neonatos estudiados tanto de morbilidad como de mortalidad.
5. Clasificar a las madres con embarazo normal cuyos neonatos presentaron morbilidad de acuerdo al número de controles prenatales.
6. Relacionar la cantidad de casos de mortalidad con el número de controles prenatales.

### **CAPITULO III**

#### **MARCO TEORICO**

Según las normas y protocolos de salud Sexual y Reproductiva del año 2010 en nuestro país se orientan en base a los servicios de salud ofrecen atención prenatal, atención del parto y del recién nacido, dentro de éstas se incluyen las prestaciones contempladas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (4).

Según el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva el control prenatal tiene como objetivos (4):

- Asegurar y proteger la salud de la gestante y de su hijo/a antes, durante y después del parto.
- Reducir en lo posible las complicaciones que puedan surgir en el curso del embarazo.
- Permitir planear un parto seguro.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

#### **Control prenatal.**

Se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional” (2).

Un control pre-natal eficiente cumple con cuatro requisitos básicos; estos son (3) (5):

- Precoz: En el Primer Trimestre de la gestación, para ejecutar oportunamente acciones de fomento, protección y recuperación de la salud e identificación precoz de la embarazada de mediano y alto riesgo.

- Integral: Para garantizar las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y su hijo/a.
- Periódico: Debe repetirse con frecuencia y oportunidad que variará según el grado de riesgo del embarazo.
- Alta cobertura: Para determinar los indicadores que fijen el alto, mediano y bajo riesgo que permita canalizar la referencia y contrarreferencia de las embarazadas.

Identificación de factores de riesgo.

Según la OMS, factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos (8).

En Ginecología, las patologías que afectan a la madre son:

- Hemorragias ante, intra y pos parto.
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Patologías de base que presentan las pacientes al inicio del embarazo.

La identificación oportuna de un embarazo de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión. (3).

### **Embarazo normal y de riesgo.**

- **Embarazo normal:** Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término (12).
- **Embarazo de alto riesgo:** Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario (12).

## **Clasificación de Riesgos en la Atención Prenatal según normas vigentes del Ministerio de Salud (MS)**

De acuerdo al enfoque de riesgo, la atención o control prenatal ubica a la población en dos grupos de riesgos (4):

- Embarazadas de bajo riesgo
- Embarazadas de alto riesgo

Esta clasificación se hace en base a los siguientes factores:

- Edad: Menos de 15 años y mayores de 35 años
- Paridad: IV gestaciones y más
- Intervalo Inter-genésico: menor de 2 años y mayor de 5 años.
- Condiciones Socioeconómicas: analfabetismo materno, pobreza crítica, unión inestable, entre otros.

## **Esquema de controles prenatales en un embarazo normal**

**Nivel Óptimo:** 12 controles.

- Uno mensual hasta las 32 semanas.
- Uno cada dos semanas hasta las 36 semanas.
- Uno semanal hasta el momento del parto.

**Nivel Mínimo Eficiente:** 5 controles.

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno en las 36 y 32 semanas.
- Uno cada 2 semanas hasta el momento del parto.

Según el esquema mínimo, se debe promover el control prenatal antes de las 20 semanas, para el diagnóstico precoz de patologías (7).

Esquema de controles prenatales en un embarazo de riesgo.

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera (13).

### **Atención integral a la embarazada en la consulta prenatal.**

Primera Consulta:

- Preclínica y toma de signos vitales.
- Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal.
- Identificación.
- Antecedentes familiares y personales.
- Antecedentes obstétricos.
- Gestación actual.
- Examen físico integral.
- Examen gineco-obstétrico, el cual debe incluir la toma de Citología independiente de la edad gestacional.
- Solicitud de exámenes de laboratorio: Hematología completa, Glicemia en ayunas, Urea, Creatinina, Grupo Sanguíneo. V.D.R.L., V.I.H., investigación de toxoplasmosis y Hepatitis B, examen de orina (investigación de proteínas y sedimento).
- Evaluación Buco-Dental.
- Inmunización con Toxoide Tetánico.
- Indicación de Suplementos Nutricionales: Sulfato Ferroso, Ácido Fólico, Polivitamínicos y Calcio.
- Informar, educar y comunicar.
- Jerarquización según el enfoque de riesgo y referencia oportuna.
- Solicitud de interconsulta de acuerdo al caso.

Leonardo Villa, Víctor Zhiminay





### Consultas Sucesivas:

- Preclínica y control de signos vitales.
- Revisión de la Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal.
- Interrogatorio actual.
- Cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto.
- Examen físico integral con especial atención en la exploración de mamas, identificación de edemas, cifras tensionales y valoración del incremento de peso.
- Examen gineco-obstétrico con atención en los latidos cardiacos fetales, altura uterina, colocación de espéculo y tacto vaginal cuando sea necesario.
- Seguimiento de la curva de peso materno y altura uterina.
- Identificar factores de riesgo materno para diabetes gestacional.
- Prueba de carga glucosada con 50 grs. de glucosa, entre las semanas 24 y 28 de gestación en pacientes con factores de riesgo.
- Interpretación de los exámenes de laboratorio y solicitud de otros.
- Continuar con esquema de vacunación de toxoide tetánico según corresponde.
- Jerarquizar nuevamente el riesgo de la usuaria y referir oportunamente de acuerdo al caso.
- Solicitar las interconsultas necesarias.
- Realizar los estudios ecográficos durante la semana 15, 28 y 32, condicionándolo a la disponibilidad del recurso.
- Informar, educar y comunicar en salud.
- Llenar la Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal.
- Minimizar el uso de medicamentos, especialmente antes de la semana 14.
- Continuar con los suplementos nutricionales.
- Planificar las Consultas subsiguientes.

### Inmunizaciones:

Toxoide Tetánico: Primera Dosis al momento de la captación y la segunda dosis de seis a ocho semanas después de recibida la primera dosis. En caso de haber recibido inmunizaciones completa con Toxoide Tetánico en los últimos cinco años, aplicar, un refuerzo después de la semana veinte (20) de gestación o un mes antes del parto (8).

Estado Nutricional de la Gestante: Se debe realizar las siguientes actividades (8)

- Detección de las gestantes malnutridas e incorporarlas a programas nutricionales.
- Controlar el incremento de peso durante la gestación mediante la Curva Incremento de Peso / Semanas de Amenorrea en caso de que la embarazada conozca su peso habitual pre-gravídico y/o peso de la captación.
- Considerar subnutrición materna con incremento de peso menor que el p 25 o el índice de masa corporal es menor que el p 10 de sus respectivos patrones.
- Si algún valor es mayor que el p 90 de su patrón respectivo debe sospecharse exceso de ingesta, retención hídrica, embarazo múltiple o feto macrosómico.
- Pesquisar la malnutrición fetal ofrecerle atención priorizada especialmente en aquellas con antecedentes de nacidos de bajo peso.
- Sospechar retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) cuando el incremento de peso fetal es inferior al que corresponde al p 25 o la altura uterina inferior al p 10 de sus correspondientes curvas.
- Promover conocimientos sobre nutrición de la embarazada tanto al personal de salud como a comunidad.

### Promoción y Educación para la Salud en la Consulta Prenatal.

El Equipo de Salud debe preparar el material para ofrecer oportunidades de aprendizaje sobre el autocuidado de la salud durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, en función de las necesidades identificadas.

Leonardo Villa, Víctor Zhiminay

Estos temas pueden ser:

- Hábitos de Higiene personal y familiar.
- Nutrición Materna.
- Embarazo normal factores de riesgo para el embarazo.
- Preparación en Psicoprofilaxis obstétrica.
- Trabajo de Parto.
- Puerperio.
- Lactancia Materna.

### **El neonato.**

Se denomina a aquel proveniente de una gestación de 20 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. A los primeros 7 días de vida se les llama período neonatal precoz (3).

Según la edad gestacional el recién nacido (RN) puede clasificarse en:

- R.N pretérmino: menos de 37 semanas completas.
- R.N a término: de 37 a menos de 42 semanas completas.
- R.N postérmino: 42 semanas completas o más.

Según el peso para la madurez estimada se clasifica como:

- Adecuada para la edad gestacional (AEG): entre los percentiles 10-90.
- Grandes para la edad gestacional (GEG): peso superior al percentil 90.
- Pequeños para la edad gestacional (PEG): peso inferior al percentil 10.

De acuerdo al peso del recién nacimiento (PN)

Leonardo Villa, Víctor Zhiminay

- RN macrosómico: 4000 g. o más.
- Bajo peso nacimiento (BPN): menos de 2500 g.
- Muy bajo peso nacimiento (MBPN): menos de 1500 g.
- Extremadamente bajo (MMBPN): menos de 1000 g. (Ventura, 2000).

El cuidado de todo recién nacido comprende al menos una evaluación especial en cuatro momentos en el curso de los primeros días de vida.

- Atención inmediata, que no es más que el cuidado que recibe el recién nacido al nacer; el objetivo de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido por lo que requiere de personal entrenado y equipado para efectuar una buena y oportuna reanimación. (12)
- Cuidados de transición, se llevan a cabo durante las primeras horas de vida del recién nacido se realizara una supervisión especial de su temperatura, signos vitales y condición clínica general, este debe realizarse junto a la madre si el niño no tiene problemas, o en vigilancia médica en una sal especial de control hasta que se consigne parámetros vitales normales.
- La Atención del RN en puerperio, luego del período de transición el RN permanece junto a su madre en puerperio, la madre se encuentra en condición captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán el cuidado posterior de su hijo, por ello se debe poner énfasis en la correcta.

### **Causas de Morbimortalidad Neonatal:**

Entre las principales causas de mala adaptación del recién nacido a su nuevo medio se encuentran según Wigglesworth se clasifican de la siguiente manera (14):

Clasificación de las causas principales de muerte según Wigglesworth.

1.- Condiciones asociadas a prematuros:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inmadurez pulmonar extrema.</li><li>• Enfermedad de membrana hialina y/o hemorragia interventricular.</li></ul>
2.- Condiciones asociadas a hipoxia perinatal y traumatismo de parto:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipoxia generalizada.</li><li>• Síndrome de aspiración meconial e hipertensión pulmonar persistente.</li><li>• Encefalopatía hipóxica isquémica severa.</li><li>• Traumatismos de parto graves.</li></ul>
3.- Anomalías congénitas:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cromosomopatías</li><li>• Malformaciones múltiples de órganos y sistemas, incluyéndose aquí también los errores congénitos del metabolismo.</li></ul>
4.- Infecciones:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transplacentarias (virales y parasitarias)</li><li>• De origen materno e intrahospitalarias (bacterianas y por hongos).</li><li>• Enterocolitis necrotizante</li></ul>
5.- Misceláneas:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Corresponde a aquellas que no pertenecen a ninguno de los 4 grupos anteriores.</li></ul>

### 1. Prematurez y bajo peso de nacimiento.

Un peso menor peso de nacimiento y edad gestacional, mayores problemas de adaptación, y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.

### 2. Hipoxia perinatal.

La hipoxia altera la respuesta de adaptación neonatal, diversas patologías del embarazo que favorecen la hipoxia ya sea crónica o aguda. El Test de Apgar que valora la vitalidad el minuto 1 y la adaptabilidad al minuto 5 ha demostrado ser una herramienta muy útil.

### 3. Malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias y genetopatías.

El diagnóstico por Ecografía fetal permite actualmente pesquisar un alto porcentaje de malformaciones congénitas como: atresia esofágica o duodenal, hernia diafragmática, hidrocefalias, mielomeningocele, malformaciones renales y cardiopatías congénitas; antecedentes de enfermedades hereditarias familiares ayudan a una pesquisa orientada, igualmente en el caso de alteraciones cromosómicas.

### 4. Infecciones.

Según la etapa del desarrollo fetal, esta puede producir diversos tipos de secuelas y malformaciones congénitas, es el caso de algunas enfermedades virales y parasitarias como la rubeola.

### 5. Misceláneas

- Enfermedades médicas de la madre y propias del embarazo.

Es necesario conocer las posibles patologías que presente la madre antes y durante el embarazo, el mecanismo por el cual alteran el desarrollo y crecimiento fetal, y cuáles son las limitaciones que ese recién nacido sufrirá en su adaptación neonatal.

- Ingesta de medicamentos y drogas.

Algunos tipos de medicamentos y drogas pueden actuar dependiendo del periodo donde sean consumidas:

- ✓ Malformación, cuando su administración es en el primer trimestre del embarazo.
- ✓ Retardo del crecimiento intrauterino.
- ✓ Alteración de mecanismos fisiológicos del recién nacido cuando son administrados generalmente en el tercer trimestre.
- ✓ Produciendo síndromes de privación en el neonato, cuando la madre ha ingerido drogas que producen adicción: heroína, cocaína, LSD, alcohol y otros.).
- Antecedentes de embarazos anteriores.

Siendo un aspecto muy importante puesto que algunas de ellas pueden volver a presentarse como la prematuridad, algunas enfermedades genéticas y ciertas malformaciones, la iso inmunización Rh suelen ser mas graves en los embarazos posteriores.

Recién nacido pre término.

El parto pre término es la primera causa y la más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es aproximadamente del 8 al 10 % del total de los partos.

El parto prematuro es el que ocurre antes de la semana 37 de gestación (OMS 1970-77), mientras que la American Academy of Pediatrics Committee on the Fetus and Newborn ha utilizado 38 semanas como límite superior.

Según el manual CONASA los criterios diagnósticos de trabajo de parto prematuro incluyen la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales significativas; el criterio diagnóstico de éste incluye los siguientes elementos a saber, edad gestacional entre 22 y <37 semanas, contracciones uterinas 4 en 20 minutos y modificaciones cervicales (cuello uterino borrado >50% y dilatado 1 cm o más, borramiento y dilatación progresivas).

## **CAPITULO IV**

### **DISEÑO METODOLOGICO**

#### **TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo que se realizó en el Hospital Vicente Corral Moscoso, con las historias clínicas del área de Gineco Obstetricia.

#### **ÁREA DE ESTUDIO**

Hospital Vicente Corral Moscoso.

#### **UNIVERSO**

Consideraremos como universo a las historias clínicas de las mujeres con embarazo normal cuyo parto o cesárea se realizó en el primer trimestre del 2014 en el Hospital Vicente Corral Moscoso y cuyos neonatos fueron hospitalizados.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:**

##### **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de las madres con parto o cesárea atendida en el hospital Vicente Corral Moscoso.
- Historias clínicas de las madres con embarazo normal
- Historias clínicas de las madres cuyos neonatos presentaron morbilidad y/o mortalidad.

##### **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas con datos incompletos.
- Historias clínicas de las madres cuyos neonatos fallecen por causa diferente a una patología de base.



## **OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

Ver anexo 3.

## **MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **MÉTODO**

Método: La observación directa se llevó a cabo en cada uno de las historias clínicas archivadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

### **TÉCNICAS**

- Recolección de datos desde las historias clínicas archivadas en el hospital Vicente Corral Moscoso.

### **INSTRUMENTOS:**

Instrumentos: Formulario con variables a analizar disponible en el anexo 1.

- Formulario Anexo.

## **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los datos fueron ingresados en una base electrónica en el programa Microsoft Excel 2010 para Windows, los mismos que fueron presentados mediante tablas de frecuencia absolutas y porcentajes.

Los datos del Formulario (Anexo 1) fueron analizados y presentados mediante los componentes del mismo, de igual manera en tablas de frecuencias y porcentajes, el análisis se realizó con la estadística descriptiva.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

TABLA N°1

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU EDAD DE 151 MUJERES SEGÚN SU EDAD, CON EMBARAZO NORMAL CUYOS PARTOS FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSOS DURANTE ENERO – MARZO 2015**

EDAD EN AÑOS	Número	Porcentaje %
<15 años	2	1
15 – 35 años	124	82
>35 años	25	17
TOTAL:	151	100

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

En la siguiente tabla podemos observar que de 151 mujeres cuyo parto fue atendido en el hospital Vicente Corral Moscoso durante Enero a Marzo del 2014, el 82 % de ellas se encontraba dentro de una edad entre 15 a 35 años, mientras solo el 18 % se encontraba en una edad extrema para el embarazo, lo cual nos indica que la mayoría de embarazos se encontraba dentro de una edad fértil y fuera de riesgo para la gestación de bajo riesgo.

TABLA N°2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SU ESTADO CIVIL DE 151 MUJERES, CON EMBARAZO NORMAL CUYOS PARTOS FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSOS DURANTE ENERO – MARZO 2015**

ESTADO CIVIL	Número	Porcentaje %
Casada	91	60
Soltera	44	29
Unión libre	16	11
TOTAL:	151	100

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

En la presente tabla podemos observar que un 60 % de las madres es casada, el 11 % está en unión libre y el 29 % de ellas es soltera, lo que nos indicaría que la mayoría de ellas cuentan con el respaldo de la pareja para llevar el embarazo y sus cuidados, mientras solo un tercio de ellas se encontraría en soltería y probablemente sin apoyo de su pareja para conllevar el embarazo.

TABLA N°3

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA DE 151 MUJERES CON EMBARAZO NORMAL CUYOS PARTOS FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSOS DURANTE ENERO – MARZO 2015**

LUGAR DE RESIDENCIA	Número	Porcentaje %
Urbano	95	63
Rural	56	37
TOTAL:	151	100

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

De la siguiente tabla se observa que el 63% de los embarazos atendidos, fueron de procedencia urbano y solo el 37 % de procedencia rural, lo que nos indicaría que la mayoría de los embarazos proceden de un área urbana donde se debían realizar controles y seguimientos del embarazo.

TABLA N°4

**MADRES CON EMBARAZO NORMAL CUYOS NEONATOS PRESETARON MORBILIDAD. ENERO – MARZO 2014 HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.**

NEONATOS ATENDIDOS	Número	Porcentaje %
CON MORBILIDAD	151	18 %
SIN MORBILIDAD	676	82 %
<b>TOTAL</b>	<b>827</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

Durante el periodo entre enero y marzo de 2014 se atendieron un total de 827 partos, de estos en 151 casos es decir el 18% los neonatos presentaron morbilidad, y en 676, el 82% no se presentó morbilidad.

TABLA N° 5

**NUMERO DE NEONATOS INGRESADOS QUE FALLECIERON, PRODUCTOS DE MADRES CON EMBARAZO NORMAL, ENERO MARZO 2015. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.**

NEONATOS INGRESADOS	Número	Porcentaje %
FALLECIDOS	3	2%
NO FALLECIDOS	148	98%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

El total de neonatos ingresados que fallecieron fueron 3 correspondiente al 2%, mientras que el restante 98% es decir 148 fueron dados de alta en mejores condiciones.

TABLA N°6

**PATOLOGIAS PRESENTES EN LOS NEONTATOS PRODUCTOS DE EMBARAZOS NORMALES, HOSPITALIZADOS DURANTE ENERO - MARZO DEL 2014. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.**

Diagnostico	Número	Porcentaje %
Sepsis bacteriana del RN	47	32
Síndrome de distrés respiratorio del RN.	41	28
Riesgo de Sepsis	13	9
Hipoglicemia neonatal	9	6
Ictericia neonatal	9	6
Taquipnea transitoria del RN.	9	6
Incompatibilidad ABO	8	5
Otras patologías *	15	8
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>

\*Neumonía congénita, síndrome de membrana hialina, hidrocefalia, síndrome convulsivo, atresia esofágica, estenosis aortica, hemorragia intraventricular, sífilis congénita, fisura anal y displasia pulmonar.

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

Leonardo Villa, Víctor Zhiminay



El diagnóstico que se presenta con mayor frecuencia en los neonatos es la sepsis bacteriana del recién nacido, con 47 casos (32%), seguida del síndrome de distrés respiratorio del recién nacido con 41 casos (28%), el riesgo de sepsis es diagnosticado en 13 pacientes (9%), así como la hipoglicemia neonatal, ictericia neonatal y taquipnea transitoria del recién nacido está presente en 9 casos en cada una (6%), la incompatibilidad ABO es diagnosticada en 8 pacientes (5%), hemos agrupado como patologías varias a: neumonía congénita, síndrome de membrana hialina, hidrocefalia, síndrome convulsivo, atresia esofágica, estenosis aortica, hemorragia intraventricular, sífilis congénita, fisura anal y displasia pulmonar, pues todas estas estaban presentes en dos historias clínicas en el caso de la primera, y en solo una historia en los siguientes, significando en total un 8% de las patologías.



TABLA N°7

**CAUSAS DE MORTALIDAD ESPECIFICOS EN LOS NEONTATOS PRODUCTOS DE EMBARAZOS NORMALES, HOSPITALIZADOS DURANTE ENERO - MARZO DEL 2014. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.**

Diagnostico	Número	Porcentaje %
Síndrome de membrana Hialina	2	67%
Síndrome de distrés respiratorio del RN.	1	33%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

Las causas de mortalidad neonatal encontradas fueron en 2 casos (67%) por síndrome de membrana hialina, y en el caso restante (33%) por síndrome de distrés respiratorio.

**TABLA N°8**

**MADRES CON NUMERO DE CONTROLES IDEAL CUYOS NEONATOS PRESENTARON MORBILIDAD. ENERO – MARZO 2014 HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.**

CONTROLES	Número	Porcentaje %
CONTROLES MENOS DE 5	51	34%
CONTROLES ENTRE 5 Y 11.	97	66%
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

Esta tabla nos indica que un total de 97 madres con embarazo normal se realizaron controles prenatales en un número mayor a 5 veces es decir: ideal, correspondientes al 66%, mientras que el restante 34%, que corresponde a 51 casos se realizaron menos de 5 controles.

**TABLA N°9**

**MADRES CON NUMERO DE CONTROLES IDEAL CUYOS NEONATOS PRESENTARON MORTALIDAD. ENERO – MARZO 2014 HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.**

CONTROLES	Número	Porcentaje %
CONTROLES MENOS DE 5	0	0%
CONTROLES ENTRE 5 Y 11	3	100%
TOTAL	3	100%

Fuente: Historias clínicas archivadas.

Autores: Villa L. Zhiminay V.

En el 100% de los casos en los que los neonatos han fallecido, tres casos, se ha presentado un número de controles ideal (7).

## CAPITULO VI

### DISCUSIÓN:

Continuando con el enfoque de nuestro estudio, para develar la relación de la morbilidad y mortalidad de los neonatos atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso con el número de controles prenatales, primeramente encontramos que: durante el periodo enero – marzo de 2014, en el hospital Vicente Corral Moscoso, se atendieron un número de 827 partos de los cuales 151, presentaron patología neonatal equivaliendo al 18%.

Las madres de estos niños en sus características relevantes para este estudio, específicamente en factores como: edad, estado civil, y ubicación de la vivienda, presentaron en bajo número factores de riesgo, como lo son: que la mayoría de las madres están en el rango de edad adecuado para cursar un embarazo, es decir, entre quince y treinta y cinco años (82%), que cuentan con el respaldo y apoyo de una pareja, entre casadas y en unión libre alcanzan el 71%, además de que la ubicación de la vivienda sea en zonas urbanas con un 63%.

De entre los niños que necesitaron ser ingresados al área de neonatología, tres de ellos fallecieron, 2%, lo que es incluso menor a las estadísticas de mortalidad neonatal que maneja el fondo de las naciones unidas para la infancia sobre nuestra república, que refiere en el 2012 un 10% de mortalidad en todo el país (2). Pero, si tenemos presente que una muerte neonatal solo puede ser aceptable cuando se presenta de una forma previamente inevitable, y que en estos casos fueron en madres con un rango de edad adecuado, casadas y que viven en zonas urbanas, (significando bajos factores de riesgo sociales), además de que cumplieron durante su gestación con un número de controles entre cinco y once,

en el 100% de los casos, equivalente a un control prenatal mínimo eficiente (7), llama mucho la atención.

A estos datos es necesario complementar con el diagnóstico principal, que fue de: síndrome de membrana hialina en dos de los tres casos, y el tercer caso de síndrome de dificultad respiratoria, que son patologías presentes en neonatos prematuros, siendo esta condición una de las que se intenta prevenir con los controles prenatales, lo que nos lleva a plantearnos la sospecha de que los controles prenatales a pesar de ser adecuados en cantidad no están mostrando efectividad en su calidad.

Respecto a los recién nacidos que fueron dados de alta en mejores condiciones, las patologías más frecuentes fueron las infecciosas con 33% y aquellas relacionadas con hipoxia con un 31%. Estos datos es necesario relacionarlos con el número de controles prenatales realizados por las madres.

Las madres de los neonatos que presentaron patologías infecciosas, en un 56% cumplieron con un número de controles prenatales mínimo eficiente (entre cinco y once) (7). En las patologías relacionadas con hipoxia un 63% refirieron un número de controles entre cinco y once veces, reiterando el concepto del adecuado número de controles que se da en las madres y del que ellas esperan sea un mecanismo asegurador de tranquilidad posparto

Los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia en los neonatos atendidos durante el primer trimestre de 2014 en el Hospital Vicente Corral Moscoso y que necesitaron ingresar al área de neonatología son: en primer lugar la sepsis bacteriana del recién nacido, con un 32%, seguida del síndrome de distrés respiratorio del recién nacido con 28%, y en tercer lugar el riesgo de sepsis en un 9%. Estas tres patologías, no están directamente relacionadas con la prevención que se lograría con controles prenatales adecuados en calidad, siendo aun así necesario describirlos pues podrían servir como base para otros estudios.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES:

1.- Las madres de estos neonatos presentaron en bajo número factores de riesgo, como lo son:

- Edad entre quince y treinta y cinco años 82%
- Entre casadas y en unión libre alcanzan el 71%
- Ubicación de la vivienda en zonas urbanas con un 63%.

2.- Durante el periodo enero – marzo de 2014, en el hospital Vicente Corral Moscoso, se atendieron un número de 827 partos de los cuales 151, presentaron patología neonatal equivaliendo al 18%.

3.- De entre los niños que necesitaron ser ingresados al área de neonatología, tres de ellos fallecieron, correspondiendo al 2%.

4.- la patología más frecuente presentada en los neonatos ingresados fue sepsis bacteriana del recién nacido con un 32%, y el los neonatos fallecidos fue de síndrome de membrana hialina en 2 casos 67%.

5.- las madres de los neonatos que presentaron morbilidad tuvieron un número de controles mínimo eficiente en 97 casos 66%.

6.- las madres de los neonatos que presentaron mortalidad, en el 100% de los mismos tuvieron un número de controles mínimo eficiente.

Leonardo Villa, Víctor Zhiminay



## CAPITULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF Ecuador. Estadísticas. Internet. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador\\_statistics.html#0](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador_statistics.html#0)
2. Hospital Vicente Corral Moscoso. Misión y visión. Disponible en: <http://hvcm.gob.ec/hospital/mision-vision/>
3. Clasificación de las causas principales de muerte según Wigglesworth. Internet. Disponible en: <http://galeon.com/neopuertomontt/manualestadisticas/wigglesworth.html>.
4. Fraifer, S. y García, S. (2004). Control prenatal de embarazo de bajo riesgo. EVIDENCIA. Actualización en la práctica ambulatoria, 7 (6), 173-177
5. Principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal y la calidad de la atención en el Centro de salud N° 9 del Cantón Nabón en el año 2010. Internet. Disponible en : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3594/1/ENF20.pdf>
6. Barrios, A. y Montes, N. (2007). Control Prenatal. Revista Paceña de Medicina Familiar, 4(6), 128-131.
7. Muños, H., Parra, M, y Galindo, J. (1999). Cuidados fetales antenatales e intraparto. En Meneghello, J., Fanta, E., París, E. y Puga, T. (eds.), Pediatría. (pp.445-458). Argentina: Editorial Médica Panamericana.

8. Oyarzun, E. y Poblete, J. (2000). Influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido. En Tapia, J. y Ventura, P., (eds.), Manual de neonatología (pp.21-31). Chile: Editorial Mediterráneo.
9. Reyes, A. y Cazorla, M. (1998). La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, facultad de ciencias de la salud, Valencia.
10. Sánchez, H., Pérez, G., Pérez, P. y Vázquez, F. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista médica del [instituto mexicano del seguro social. Internet 2014. Citado el 19/09/2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>
11. Urredo, Z., González, E. y Fernández, R. (2000). Evaluación del control prenatal en el Hospital Kennedy primer nivel E.S.E. Tesis doctoral publicada. Universidad Nacional de Colombia, Santa Fé de Bogotá. Internet 2014. Citado el 19/09/2014. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/186219175/Tesis-control-Prenatal>
12. Ventura, P. Definiciones de conceptos perinatales. En Tapia, J. Ventura, P. (eds.), Manual de neonatología. Chile: Editorial Mediterráneo (2000).
13. Ventura-Junca, P. (2004). Anamnesis perinatal. Internet. Consultado: 21/09/2014, de Escuela de Medicina sitio web: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Manualped/RNAtenInm.htm>
14. Ventura-Junca, P. (2004). El recién nacido normal: Atención inmediata, cuidado de transición y puerperio. Internet. Consultado: 21/09/2014 En: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Manualped/RNAtenInm.htm>
15. Vigil P., Gallo M., Espoinosa A., Ruoti M., Obstetricia de Alto Riesgo Vol 1, Embarazo de alto Riesgo y sus Complicaciones. España: Editorial Amolca; 2011.
16. Cunningham F., Norman F. Leveno J., Gilstrap L., Hauth J., Wenstrom K., Obstetricia de Williams, 21 edición. Editorial Panamericana. España 2004
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan nacional de reducción acelerada de muerte materna y neonatal. Internet. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/Plan%20Nacional%20de%20Reduccion%20materna%20y%20neonatal.pdf>





%20Acelerada%20de%20la%20Mortalidad%20Materna%20y%20Neonatal  
%20%20Ecuador.pdf

18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010) Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador. Internet 2014. Citado el 19/09/2014. Disponible en:  
<https://www.flacso.org.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=6435>

19. UNICEF Canada. Estadísticas. Internet. Disponible en:  
[http://www.unicef.org/infobycountry/canada\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/canada_statistics.html)

## CAPITULO IX

### ANEXOS

#### ANEXO 1

##### FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

NUMERO DE CUESTIONARIO: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

Edad.	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt;15</li><li>• 15-35</li><li>• &gt;35</li></ul>
Estado Civil.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Casada</li><li>• Soltera</li><li>• Unión libre</li><li>• Viuda</li><li>• Divorciada</li></ul>
Residencia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parroquia rural.</li><li>• Parroquia urbana.</li><li>• </li></ul>
Patología neonatal.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asociadas a prematuridad</li><li>• Asociados a hipoxia</li><li>• Malformaciones congénitas</li><li>• Infecciones intrauterinas</li><li>• Misceláneas.</li></ul>
Fallecimiento del	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si</li></ul>

Leonardo Villa, Víctor Zhiminay



neonato.	<ul style="list-style-type: none"><li>• No</li></ul>
Controles prenatales cumplidos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt;1</li><li>• 1-4</li><li>• 5-11</li><li>• &gt;12</li></ul>

Firma del recolector: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

Cuenca a 17 de Noviembre de 2014.

Dr. Marco Palacio

COORDINADOR AREA DOCENCIA EN INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

Presente.-

De mis consideraciones:

Yo Víctor Zhiminay Vega con CI 0704435502, y Leonardo Villa Cuzco con CI 0104560677, nos dirigimos a Ud. para solicitarle muy comedidamente se nos permita acceder a las historias clínicas de pacientes cuyo parto fue atendido durante el primer trimestre del año 2014 para el desarrollo de nuestra tesis titulada: **“RELACIÓN ENTRE MORBOMORTALIDAD NEONATAL EN MADRES CON EMBARAZO NORMAL Y EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES CUMPLIDOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSA 2014”**.

Por la atención que se sirva dar a la presente le anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Leonardo Villa, Víctor Zhiminay



Víctor Zhiminay  
0704435502

Leonardo Villa  
0104560677

### ANEXO 3

Operacionalización de las variables.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad.</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso al hospital.	Tiempo	Años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;15</li> <li>• 15-35</li> <li>• &gt;35</li> </ul>
<b>Estado Civil.</b>	Lazos jurídicamente reconocidos ante la ley.	Lazos jurídicos	Tipo de lazos jurídicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casada</li> <li>• Soltera</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Viuda</li> <li>• Divorciada</li> </ul>
<b>Lugar de residencia.</b>	Sitio donde vive una persona habitualmente.	Ubicación geográfica	Ubicación de residencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parroquia urbana.</li> <li>• Parroquia rural.</li> </ul>
<b>Patología neonatal.</b>	Diagnóstico patológico del	Diagnóstico en historia clínica.	Diagnóstico reportado en Historia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociadas a prematuridad</li> </ul>

Leonardo Villa, Víctor Zhiminay



	neonato.		clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoxia perinatal.</li> <li>• Malformaciones congénitas</li> <li>• Infecciones intrauterinas</li> <li>• Misceláneas</li> </ul>
<b>Fallecimiento del neonato.</b>	Muerte del neonato a causa de patología.	Informe en Historia Clínica sobre fallecimiento	El fallecimiento es reportado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<b>Controles prenatales cumplidos.</b>	Conjunto de acciones y actividades con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional (2).	Cantidad	Número de controles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;1</li> <li>• 1-4</li> <li>• 5-11</li> <li>• &gt;12</li> </ul>